



EDITORIAL: SAÚDE DE TRABALHADORES DA SAÚDE EM MEIO À PANDEMIA DA COVID-19

Bruno Chapadeiro¹

¹Psicólogo e Mestre em Ciências Sociais pela UNESP. Doutor em Educação pela UNICAMP com período pela EHESS/Sorbonne, Paris, França. Pós-doutorando em Saúde Coletiva pela Unifesp e pesquisador-colaborador do IEA/USP. Perito Judicial em Saúde Mental e Trabalho pelo TRT-9 e psicólogo clínico.

Anunciada em 11 de março de 2020 pela Organização Mundial da Saúde (OMS) enquanto uma pandemia, a Covid-19, nome da doença ocasionada pelo vírus SARS-CoV-2, ou Novo Coronavírus, já infectou até o 5º dia de mês de abril de 2020, cerca de 1,2 milhões de pessoas ao redor do mundo, tendo vitimado em torno de 70 mil. Destes, 11 mil infectados encontram-se no Brasil. A doença já fez 486 mortes em nosso país.

Por se tratar de um “risco biológico” de elevado poder de infectividade (“capacidade de penetração, sobrevida e multiplicação em determinado hospedeiro” ou “proporção de exposições em condições determinadas, que asseguram uma infecção”), todas as medidas de prevenção à Saúde de Trabalhadores (ST) devem ser priorizadas, seguindo normas técnicas, documentos e orientações universais e oficiais, que vem sendo amplamente difundidos.

Contudo, as notícias que nos chegam do “front” não são das melhores. O que temos visto é a supressão de direitos e liberdades do exercício profissional àqueles tidos como essenciais durante a crise como por exemplo trabalhadores da saúde em que lhes falta condições mínimas de realizar suas atividades respeitadas às garantias de saúde e segurança.

Assistimos a, por exemplo, hospitais estadunidenses tais como o NYU Langone Health e o Northwestern Memorial Hospital, das cidades de Nova York e Chicago respectivamente, que ameaçaram demitir os profissionais de saúde que divulgassem suas condições de trabalho durante a pandemia do novo coronavírus. Também as 855 denúncias de falta de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) para evitar o novo coronavírus que a AMB (Associação Médica Brasileira) em hospitais e demais unidades de saúde do estado de São Paulo. Tais desprovements de condições laborais à trabalhadores, a começar por trabalhadores da saúde, tem ocasionado impactos significativos em todo o mundo. Segundo dados da OMS, o percentual de trabalhadores da saúde afetados pela Covid-19 varia entre 8% e 10%. Na Itália, país severamente afetado pela pandemia, mais de 60 médicos já morreram em decorrência do novo coronavírus sendo que, na experiência italiana cerca de 90% dos trabalhadores do setor saúde que apresentam teste para Covid-19 positivo são assintomáticos. No Brasil, o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP (HC-FMUSP), maior hospital público do país já afastou 125 trabalhadores, entre médicos, enfermeiras, técnicos e fisioterapeutas, por causa do novo coronavírus. Mesmo entre a rede privada, nos hospitais Sírio Libanês, 104 trabalhadores estão afastados e no Albert Einstein, 348 foram diagnosticados com a doença e 13 estão internados. Já há casos também no Hospital Marcelino Champagnat de Curitiba-PR.

O Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) e a Administração de Saúde e Segurança Ocupacional (OSHA - *Occupational Safety and Health Administration*), ambos dos EUA, têm indicado incisivamente quais as condições dos ambientes de trabalho bem como os EPIs necessários à realização do atendimento de pacientes infectados pelo novo coronavírus. As máscaras cirúrgicas tipo n95 que normalmente são suficientes para proteção respiratória de trabalhadores da saúde, têm faltado, como também, aventais e luvas, igualmente importantes devido à presença deste tipo de coronavírus em superfícies de diferentes materiais. Não à toa, a *Food and Drugs Administration* (FDA/USA), autorizou o reprocessamento das máscaras, porém com esterilização. Também a Nota Técnica GVIMS/GGTES nº 04/2020 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) flexibilizou o uso de tais EPIs por sua recente escassez. Retira-se o caráter excepcional do uso da máscara n95 e o prazo de 12 horas por plantão.

Apesar do art. 29º da Medida Provisória (MP) 927 de 22 de março de 2020 estabelecer necessária verificação de nexos causais (1) entre a infecção por covid-19 e o trabalho executado, em rejeição a, por exemplo, um nexo de presunção, vide a excepcionalidade do momento, há medidas em pauta como, por exemplo, o Projeto de Lei (PL) nº 1.192/2020 que visa alterar a Lei nº 8.213/1991, para dispor sobre a concessão de auxílio-doença em caso de acidente de trabalho de trabalhadores envolvidos no atendimento de pacientes contaminados por SARS-CoV-2. Ou ainda diversas notas técnicas e manifestos elaborados por diferentes núcleos, grupos e associações que saem em defesa da saúde de trabalhadores da saúde. Destacamos aqui a Nota Técnica elaborada pelo Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC) da Universidade da Paraíba; o Manifesto encabeçado pela Associação Juizes para a Democracia (AJD); a nota pública da Associação Brasileira dos Médicos e Médicas pela Democracia (ABMMD) e; a Nota Técnica Conjunta da Frente Ampla em Defesa da Saúde dos Trabalhadores.

Por todo o exposto, e pela atual frequência de uma rotina estressante em que observa-se leitos cada vez mais cheios e insuficientes devido ao crescente número de infectados(as) por covid-19 necessitando de atendimento, a carga mental destes profissionais de saúde também tem se agravado. O “trabalhar com medo” sob condições já historicamente precarizadas em termos de capacidade para o trabalho, seja material e/ou humana, para além do desgaste provocado por jornadas extensas com poucas pausas, ritmos de trabalho extenuantes, trabalhos em turnos e noturnos, violências físicas e psicológicas sofridas por pacientes, pares e chefias, baixa remuneração e contratos e vínculos de trabalho frágeis, coexiste com a, agora, possibilidade de ser infectado(a) pelo novo coronavírus(2). Por exemplo, foi constatado um aumento nas taxas de sintomas de depressão grave entre médicos(as) (4,9%) e enfermeiros(as) (7,1%) chineses desde o início do surto da covid-19 no país. Já há relatos aqui no Brasil ligados a dilemas éticos, cansaço e o aumento do já epidemiologicamente constatado nesses(as) “profissionais do cuidar”, o *burnout*, com os(as) mesmos(as) relatando choro, cansaço e desesperança.

É tempo de se repensar a valorização de trabalhadores da saúde. Algo que vai muito além de palmas nas janelas. Mas sim, passa por se repensar o calvário do subfinanciamento da saúde pública que se expressa, por exemplo, em medidas tais como a Emenda Constitucional

(EC) nº 95 da limitação do “teto dos gastos públicos”, assim como também o problema das renúncias fiscais ocasionado por nosso modelo regressivo de tributação sobre a renda. São acintes à nossa “consciência sanitária” como diria o sanitarista italiano Giovanni Berlinguer. Também a questão reside no reordenamento da organização destes(as) em que se preconize condições laborais que se expressem em remunerações adequadas, jornadas e contratos de trabalho, bem como maior autonomia no/do processo de trabalho.

Em suma, a questão reside naqueles que nunca deveriam ter deixados de ser nossos maiores motes: a defesa do Sistema Único de Saúde (SUS), o incentivo à pesquisa científica por meio da valorização das universidades públicas e a luta em prol do trabalho decente, saudável e digno.

Nota 1 - Quanto ao exposto, a Associação Paulista de Medicina do Trabalho (APMT) inclusive já se posicionou dizendo que: “considerando o princípio da probabilidade **deve ser emitida CAT toda vez que ficar caracterizado o nexó ocupacional** de acordo com o item II do Art. 20 da Lei 8.213/1991. Mesmo considerando a situação de pandemia, a probabilidade da contaminação no exercício laboral deve ser considerada como justificativa para a caracterização de doença relacionada ao trabalho”.

Nota 2 - E pensar que nenhum dos fatores citados estão dispostos na Norma Regulamentadora (NR) nº 32 que versa sobre o trabalho em saúde.